

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 novembre 1907, à 1 heure

Par Léon ELIÉ

DE

L'ÉPILEPSIE ALCOOLIQUE

Président : M. RAYMOND, professeur.

*Juges : } MM. GILBERT BALLET, professeur.
 } CLAUDE et BALTHAZARD, agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen			M. DEBOVE.
Professeurs			MM.
Anatomie.			NICOLAS.
Physiologie			Ch. RICHET.
Physique médicale.			GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.			GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.			BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.			BOUCHARD.
Pathologie médicale		}	DEJERINE.
Pathologie chirurgicale			BRISSAUD.
Anatomie pathologique			LANNELONGUE
Histologie.			CORNIL.
Opérations et appareils			PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.			QUENU.
Thérapeutique			POUCHET.
Hygiène			GILBERT
Médecine légale.			CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.			THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.			G. BALLET
Clinique médicale.		}	ROGER.
Maladies des enfants			HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.			DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.			DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux.			LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.		}	HUTINEL.
Clinique ophtalmologique.			JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.			GAUCHER.
Clinique d'accouchements			RAYMOND.
Clinique gynécologique			LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile			BERGER.
Clinique thérapeutique			RECLUS.
Agrégés en exercice.			SEGOND.
			De LAPERSONNE
			ALBARRAN.
			PINARD.
			BAR.
			POZZI.
			KIRMISSON.
			A. ROBIN.
MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LEGENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LEPER	RENON
BROCA	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des trav. anat.
CASTAIGNE	JOUSSET	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARGEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE D^r RAYMOND

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MON COUSIN

LE D^r QUÉNU

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN A L'HOPITAL COCHIN

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES MAITRES DANS LES ASILES

LE D^r CROUSTEL

EX-INTERNE DES ASILES DIRECTEUR-MÉDECIN

LE D^r BÉCHIE

MÉDECIN-ADJOINT

AVANT-PROPOS

Pendant notre internat à l'asile d'aliénés de Lesvellesc (Vannes) nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs crises épileptiques chez des malades internés pour alcoolisme.

Le D^r Croustel, médecin-directeur et le D^r Bécüe, médecin-adjoint, attirèrent notre attention sur ces cas relativement fréquents. Ces observations ont donc constitué la base de notre travail.

Nous étudierons l'épilepsie observée au cours de l'alcoolisme subaigu d'abord, et ensuite les accidents épileptoïdes de l'alcoolisme chronique. Nous envisagerons donc cette question surtout au point de vue pathologique et clinique. Nous montrerons le rôle de l'alcoolisme dans la genèse des troubles épileptiques en nous rapportant aux travaux des maîtres qui ont approfondi cette question. Puis après avoir exposé nos observations nous ferons ressortir brièvement l'intérêt médico-légal qui en résulte.

HISTORIQUE

Les rapports étroits qui existent entre l'alcoolisme et l'épilepsie sont connus depuis l'antiquité. Sans doute, on ignorait que l'alcoolisme pouvait à lui seul, en dehors de toute autre influence, créer l'épilepsie, mais on le soupçonnait d'être une cause occasionnelle du mal sacré, puisque l'usage du vin était défendu aux individus atteints du mal comitial. Ainsi Hippocrate qui a consacré une étude spéciale à l'épilepsie *de morbe sacro* donnait la préférence dans la thérapeutique de cette affection aux moyens hygiéniques. Galien qui, un des premiers, a signalé prémonitoire ne semble pas avoir noté le rôle des excès alcooliques.

Il faut arriver au XVIII^e siècle pour trouver dans les auteurs des exemples où l'alcoolisme entre seul en jeu dans l'étiologie des accidents épileptiques. Tissot, dans son *Traité de l'épilepsie*, cite le cas d'un homme dont le mal comitial provenait de l'abus du vin de Crête.

Esquirol rapporte l'observation d'un individu qui était pris d'attaques épileptiques toutes les fois qu'il s'enivrait.

Maisonneuve (thèse 1803) parle d'un épileptique qui aurait eu une première crise après avoir pris pendant une forte chaleur une grande quantité d'eau-de-vie.

Falret dit dans son *Traité* que de tout temps on a reconnu l'existence d'une épilepsie alcoolique.

Delasiauve écrit dans son *Traité* (1892) : « Quant aux excès de boissons et à l'usage habituel des liqueurs fortes leur contingent d'influence est peut-être plus considérable encore. »

M. Herpin, dans trois observations que nous n'avons pas retrouvées, assigne pour origine aux accidents épileptiques l'usage fréquent du vin blanc, des spiritueux ou l'ivrognerie.

Ces diverses circonstances figurent enfin dans nos relevés personnels par la proportion assez notable de 8 0/0.

De la même époque date l'important travail de Magnus Huss (Stockholm, 1892) où l'auteur distingue parmi les formes de l'alcoolisme une forme épileptique. Mais la question n'a été décidément étudiée à fond que depuis les travaux de Marcé et Magnan.

Marcé, dans une note sur l'action toxique de l'absinthe (Compte rendu des séances de l'Académie des sciences, 1864), montre par des expériences sur les animaux les propriétés convulsivantes de l'absinthe. Puis Magnan publie de nombreux travaux sur cette question :

Accidents déterminés par l'abus de la liqueur d'absinthe (*Union médicale*, 1864); — Recherche de physiologie pathologique sur l'alcool et l'essence d'absinthe (*Recueil de médecine vétérinaire* 1871); — Alcool et ab-

sinthe; — Epilepsie absinthique (*Gazette des hôpitaux*, 1874); — De l'alcoolisme (1874); — De la toxicité des alcools dits supérieurs (*rapport de la Commission d'hygiène*, 1887); — Influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales (*Congrès de Genève*, 1877).

Cet auteur, comme nous le verrons plus loin, s'est attaché surtout à prouver l'action convulsivante de l'absinthe qui seule serait en cause dans l'épilepsie alcoolique.

Legrand du Saulle, dans son *Traité de l'épilepsie*, envisage l'épilepsie alcoolique surtout au point de vue de la médecine légale. Lancereaux (*communication à l'Académie de médecine*, octobre 1887) relate quatre observations de sujets ayant présenté des abus d'absinthe avec des accidents hystériformes plutôt qu'épileptiformes.

Le professeur Joffroy dans une série d'expériences entreprises en collaboration de Serveaux pendant les années 1897-98 et 1900, a cherché à déterminer le coefficient toxique des différentes boissons alcooliques et des divers alcools. Ces travaux ont inspiré la thèse d'Antheaume (1898). La conclusion de ces auteurs est que l'alcool peut créer l'épilepsie et que l'absinthe n'a pas seule le privilège des propriétés épileptisantes.

ÉTUDE CLINIQUE

Une distinction s'impose dans l'étude clinique de l'épilepsie alcoolique. Il faut étudier séparément :

1° *Les accidents convulsifs qui éclatent au cours du délire alcoolique subaigu.*

2° *Les convulsions épileptiformes qui surviennent à une période avancée de l'alcoolisme chronique.*

Cette division a une très grosse importance, non seulement parce que les symptômes sont essentiellement différents dans les deux cas, comme nous le verrons, mais aussi parce que la cause est différente. Nous observerons les mêmes différences dans l'évolution et le pronostic de ces deux variétés d'accidents.

Nous n'avons pas trouvé dans nos recherches d'observations de l'épilepsie succédant à un abus massif de boissons chez un sujet habituellement sobre. On a décrit, il est vrai, une ivresse convulsive, mais cette dernière semble plutôt être faite de mouvements désordonnés d'agitation. On n'y rencontre pas ces convul-

sions, cette perte de connaissance, ce coma avec incontinence d'urine et morsures de la langue si caractéristiques du mal comitial. Nous ne nous en occuperons pas dans ce travail.

1° ATTAQUES ÉPILEPTIQUES AU COURS DE L'ALCOOLISME SUBAIGU

Dans la plupart de ces cas, il s'agit d'un malade habituellement buveur, qui a dépassé son niveau de saturation. Il arrive à l'asile tout à fait délirant. Il a des hallucinations visuelles pénibles, mobiles, terrifiantes, des hallucinations auditives présentant les mêmes caractères. Toutefois, il ne se rend pas compte du lieu où il se trouve. Il semble évoluer comme dans un rêve et réalise le type de rêve classique depuis Lasègue (délire onirique de Régis).

C'est toujours au cours de cet état hallucinatoire ou de type onirique que survient l'attaque d'épilepsie. Son apparition n'a rien de fixe. On la trouve notée soit au début de l'accès subaigu, soit au milieu, soit même à la fin. Rien ne permet de la prévoir. Certains malades ont une crise épileptique alcoolique dès leurs premiers accès de délire alcoolique subaigu. Chez d'autres on ne voit survenir les accidents convulsifs qu'au second ou troisième accès (*Obs. IV*).

La fréquence de l'épilepsie alcoolique est diversement

appréciée suivant les auteurs. Magnan et Bouchereau comptent cinq à huit cas pour cent alcooliques entrés à l'asile ; Kraft-Ebing, Fix, Furstner trente et un ; Westphall trente-trois pour cent.

L'attaque possède-t-elle des caractères particuliers qui permettent de lui assigner une physionomie spéciale ? Pour Magnan il n'y a aucune différence : les observations, dit cet auteur, établissent de la façon la plus nette que les convulsions sont la reproduction exacte du cycle épileptique. » Pour Lancereaux, la crise de l'alcoolique se rapproche plutôt de celle de l'hystérique. Dans les observations personnelles que nous avons apportées, les crises ont été particulièrement intenses ; le malade faisait des bonds dans sa cellule, les bras et les jambes étaient animés de grands mouvements que l'on ne peut s'empêcher de comparer aux crises de l'hystéro-épilepsie.

Nous n'apportons que quelques observations, le nombre en est insuffisant pour que nous puissions en déduire des conclusions fermes. Il nous a paru intéressant d'attirer l'attention sur ce détail.

On a signalé également comme particularité l'absence d'aura, l'absence de cri (Lancereaux). On a noté une différence entre l'état vaso-moteur de la face de l'épilepsique idiopathique et de celle de l'épilepsique alcoolique. Le premier est pâle, cette pâleur initiale ne fait jamais défaut. Le deuxième aurait le visage congestionné, le teint rouge, les yeux injectés. Il est vrai qu'une exception doit être faite pour les buveurs d'absinthe dont la pâleur du visage est la règle.

Enfin l'épileptique présente souvent après sa crise

des troubles consécutifs. Il s'agite ou il est halluciné : il voit des enfants que l'on égorge ou que l'on précipite dans de l'eau bouillante, il entend leurs cris. Il a des frayeurs ; parfois il est mélancolique ou anxieux. L'alcoolique peut avoir les mêmes troubles consécutifs. D'autre part, nous savons que la crise convulsive de ces derniers n'est qu'un épisode au cours d'un délire alcoolique subaigu. Nous avons déjà insisté sur les traits caractéristiques de ce délire hallucinatoire, anxieux, triste, pénible, effrayant. Nous avons vu plus haut que des symptômes analogues pouvaient s'observer chez les épileptiques. Nous ne pouvons donc tirer de sa présence aucun caractère différentiel. Il en est un, cependant, signalé par Magnan, mais il est rétrospectif. L'épileptique ne se souvient ni de sa crise ni de son délire consécutif. L'alcoolique n'a également pas la mémoire de sa crise, mais il conserve le souvenir de son délire toxique. On sait aussi que par des injonctions impératives on peut parvenir à fixer l'attention de l'alcoolique et obtenir ainsi quelques réponses. Le même fait peut être difficilement constaté chez l'épileptique.

Quoi qu'il en soit, à part le degré de violence des crises, il ne paraît pas y avoir de signes différentiels vraiment importants entre l'alcoolique épileptique et l'épileptique essentiel.

Certains auteurs ont attiré l'attention sur l'odeur d'aldéhyde qui imprègne les vêtements de l'alcoolique et qui s'exhale de son haleine. Ce signe peut être trompeur. On connaît en effet la fréquence des alcooliques parmi les épileptiques.

La crise de l'alcoolique peut être isolée ou se répéter plusieurs fois de suite, Magnan a observé des attaques subintrantes avec quinze ou vingt accès consécutifs.

EVOLUTION — DIAGNOSTIC

Evolution. — L'évolution de ces accès est bien significative. Lorsque le malade est à l'asile sous l'heureuse influence de l'abstinence, les crises diminuent de fréquence et disparaissent rapidement. Le malade désintoxiqué, les crises ne se reproduisent plus. Après sa sortie de l'asile, le malade voit renaître ses crises s'il reprend ses anciennes habitudes de boisson.

Le pronostic en est donc essentiellement favorable. Dans les cas où par le fait des accès subintrants la mort est survenue, on n'a constaté à l'autopsie qu'une congestion simple et généralisée des méninges et du cerveau.

Diagnostic. — Lorsque l'on a constaté chez un malade atteint d'alcoolisme subaigu une attaque convulsive ou un vertige, peut-on en conclure immédiatement qu'il s'agit d'une épilepsie d'origine éthylique ? En le faisant, on s'exposerait à de nombreuses erreurs, la question est en effet complexe.

I. — Il peut s'agir d'un épileptique dont les crises

assez rares ont coïncidé avec des excès de boissons. Aucun caractère important et constant, nous l'avons vu, ne permet de distinguer les convulsions de l'alcoolique épileptique et de l'épileptique idiopathique. L'évolution seule révélera la nature de la névrose en montrant la persistance des crises malgré la suppression de l'intoxication créée par l'alcool. L'abstinence ne donne aucun résultat.

II. — Dans une seconde catégorie de faits, on observe des malades qui ont une première crise à l'âge moyen de la vie et à l'occasion d'un excès de boissons. On les examine à propos de cette crise. On les trouve en état d'ivresse. Il est tout naturel de songer à conclure qu'il y a une certaine relation entre leurs excès alcooliques et leur crise. Mais, en les interrogeant, dès que cela est possible, ou en se renseignant près de leur famille, on apprend qu'ils ont eu des convulsions dans l'enfance, de l'incontinence d'urine. Ce sont, en un mot, les épileptiques à l'état latent, chez lesquels l'alcool a réveillé la névrose qui va maintenant évoluer ; les crises se répétant en effet, et persistant même malgré la suppression de l'alcool.

Chez l'épileptique alcoolique, au contraire, on ne découvre aucun accident héréditaire ou personnel comme le montrent nos observations : pas de convulsions dans l'enfance, pas d'incontinence d'urine. L'alcool, seul, par suite d'excès de boissons, en est la cause. La suppression du toxique amène la suppression des crises. Si le malade retrouve ses habitudes d'excès, après une abstinence pendant son séjour dans un asile,

les crises reparaissent pour cesser avec un nouveau sevrage. Cette dépendance étroite des crises et de l'alcool est le caractère le plus important de l'épilepsie alcoolique. C'est donc sur cette relation constante qu'il faut fonder le diagnostic. On le soupçonne si l'on voit éclater chez un buveur, d'âge moyen, une crise épileptique ayant quelques-uns des caractères que nous avons signalés : absence d'intensité des convulsions survenues au cours d'un délire subaigu. On ne l'affirme que si les crises cessent avec le sevrage. En un mot, l'abstinence est la pierre de touche du diagnostic.

Nous reproduisons maintenant nos observations personnelles suivies de quelques observations empruntées à divers auteurs qui ont étudié cette question.

OBSERVATIONS

Observation I (*personnelle*)

Le C... Emile, dessinateur, 41 ans, célibataire.

Pas d'antécédents héréditaires. A encore ses parents âgés bien portants.

Pas d'antécédents collatéraux ni personnels. Nie toute syphilis, mais a eu des blennorrhagies. Il est très fort : grand et gros. Aussi malgré sa situation sédentaire a-t-il un très bon appétit et boit en mangeant plus de 1 litre de vin.

Ce malade est venu à l'asile de Lesvellec après un séjour à l'hôpital maritime du Port-Louis où il est resté quinze jours enfermé dans un cabanon.

Sur l'observation de la marine, nous constatons que Le C... est arrivé à l'hôpital ligotté, en proie à un violent délire. Il a eu successivement à son entrée plusieurs crises à forme épileptique et il fallait plusieurs infirmiers pour le maintenir. Sa force était pour ainsi dire décuplée. Ses crises se traduisaient par des mouvements cloniques et toniques très violents, les yeux convulsés, la pupille dilatée et insensible, l'aura faisait défaut. Plusieurs fois on a signalé l'incontinence d'urine.

Après ses crises qui étaient excessivement violentes le malade tombait dans le coma pendant un temps assez prolongé, puis reprenait ses idées délirantes.

Le délire a consisté en une tentative de suicide exécutée au domicile de ses parents d'où son internement. De plus le malade prétendait parfois qu'il était Dieu.

Lorsque Le C... entre à l'asile, il n'avait plus d'idées délirantes ni d'accidents convulsifs. Il nous déclare ne pas se rappeler ce qui s'était passé et était étonné qu'il ait pu se prétendre Dieu. Il nous a fait le bilan de sa consommation d'alcool.

Le matin à 8 heures avant de partir à son bureau il prenait un café avec rhum ; à 11 heures en sortant deux fillettes de vin blanc, c'est-à-dire, 1 litre environ. Puis repas avec quinquina d'abord, puis 1 litre de vin et café très alcoolisé. Le soir à 5 heures apéritifs, généralement trois ou quatre (absinthe, amer, vermouth... etc.) puis repas toujours avec quinquina à base de vin très alcoolisé pour se donner de l'appétit, vin et café avec rhum et liqueurs.

En présence de cette quantité excessive d'alcool, c'est-à-dire plus de 3 litres de vin, deux verres de quinquina, trois verres de rhum (il versait le rhum à même dans son café sans mesurer), un verre de liqueur et trois ou quatre apéritifs (toujours des liqueurs fortes et à essences) nous étions à même de penser que ce fut là la véritable cause de ces accidents convulsifs, d'autant plus que leur brusque disparition coïncidait avec la désintoxication du malade.

Après un séjour de six mois à l'asile où Le C... ne présente aucun accident convulsif, il sortit avec la conviction que l'alcool était pour lui un danger très grand. La première leçon ut bonne et pour ne pas retomber dans ses anciennes habitudes il de-

manda son changement pour éviter de retrouver ses amis de café.

Observation II (personnelle)

F..., Jean, 34 ans, journalier.

Pas d'antécédents héréditaires. Père mort âgé, mère ayant 72 ans, un frère bien portant. Pas d'antécédents personnels. Ni convulsions dans l'enfance, ni incontinence d'urine.

Il fait des excès de boissons depuis l'âge de 25 ans environ. Il boit surtout du vin blanc à ses repas, des eaux-de-vie et des apéritifs, de l'absinthe parfois, il n'a pas de préférence pour cette liqueur.

Il est entré à l'asile pour un accès de délire alcoolique subaigu. Il est confus, ne se rend pas compte du lieu où il se trouve, il croit être chez un de ses patrons. Il voit des apaches qui l'entourent et le menacent « de lui faire son affaire ». Il nous reconnaît pour être de ses amis et nous invite en sortant à prendre l'apéritif. Les mains tremblent, de même que la langue. La nuit, il est agité, il crie et se débat, il a peur et a un air très effrayé.

Le lendemain de son entrée à l'asile il a une crise épileptique avec grands mouvements désordonnés, il tombe de son lit et dans sa chute se fait une blessure au front. Il avait perdu connaissance et s'était mordu la langue. Les convulsions furent suivies d'une période de coma qui dura un quart d'heure. Puis le malade resta hébété pour retomber, ensuite, dans son délire.

Le surlendemain dans la nuit une seconde crise aussi violente que la première ; et dans la journée une troisième crise dont nous fûmes témoins, la seconde ayant été signalée par les infir-

miers. Toujours perte de connaissance, convulsions des membres et de la face puis coma.

Parfois le malade était amélioré, il se rendait compte de la plupart de ses idées délirantes et des hallucinations qu'il avait présentées, mais de ses crises convulsives, il n'avait aucun souvenir.

Il sortit guéri sans avoir présenté de nouveaux accès.

Observation III (personnelle)

H..., Paul, journalier, entré à l'asile avec un délire alcoolique comme le constate son certificat d'entrée.

Délire alcoolique avec hallucinations visuelles, zoopsie. Tremblement des mains.

Le lendemain de son entrée nous sommes appelé près de lui. Nous le trouvons en pleine phase de convulsions cloniques. Il faisait des sauts désordonnés, se jetait d'un côté puis de l'autre, se tordait en crispant dans ses mains la toile de son matelas. Ses yeux se convulsaient, la perte de connaissance était complète. Ces convulsions durèrent deux ou trois minutes, puis le malade tomba dans le coma. Revenu à lui, le malade ignorait ce qui s'était passé et retombait dans son état hallucinatoire.

Cette crise fut la seule. Le malade s'est amélioré rapidement et était proche de sortir de l'asile à notre départ.

Nous n'avons trouvé rien qui pût attirer l'attention dans ses antécédents héréditaires et personnels. Il avoue s'enivrer fréquemment de cidre et d'eau vulnérable.

Un certain nombre de faits intéressants se déduisent de ces deux observations particulièrement typiques

1° Les malades n'étaient pas des prédisposés, ils n'ont pas d'hérédité nerveuse. Eux-mêmes n'ont présenté aucun accident névropathique;

2° Les crises convulsives qu'ils présentèrent ont eu un caractère de violence qui nous ont frappé;

3° Elles évoluèrent parallèlement à un délire alcoolique subaigu ;

4° Elles guérèrent par la seule abstinence.

Observation IV (*personnelle*)

I..., François, 45 ans, couvreur entré à l'asile avec le certificat d'alcoolisme subaigu (2° entrée). Il présentait une morsure de la langue assez profonde. Amélioré, il ne pouvait en donner l'explication. Nous apprenons par la famille qu'il a eu avant son entrée à l'asile une violente crise avec perte de connaissance, grande agitation et que cette agitation a nécessité plusieurs hommes pour le maintenir. De là est résultée son entrée à l'asile.

Nous n'avons rien obtenu sur ses antécédents héréditaires et personnels.

Il buvait beaucoup et surtout des apéritifs, de l'absinthe, prenait de l'eau-de-vie le matin à jeun avant de partir à son travail, mais ne s'enivrait jamais.

Il a présenté un état confus qui a persisté très longtemps, malgré cela est sorti très amélioré.

A sa première entrée il n'avait pas présenté de troubles convulsifs mais seulement des hallucinations visuelles.

Observation V (*personnelle*)

M..., Louis, tailleur de pierres, 30 ans. A encore ses parents, frères et sœurs (10 enfants) tous bien portants. A eu dès son entrée plusieurs crises avec perte de connaissance, chute du lit. Il se raidissait et se convulsait violemment. Après ses crises il tombait dans le coma. Ensuite il avait des hallucinations terribles.

S'est amélioré assez rapidement et nous a déclaré qu'il gagnait de bonnes journées et que par suite il buvait beaucoup, d'autant plus que son métier étant très fatigant il se réconfortait par l'alcool.

A ces observations personnelles, nous ajoutons un certain nombre d'observations aux auteurs qui ont envisagé cette question. (Magnan, Legrand de Saulle... etc.)

Observation XIII (1) (*résumée*)

B..., Baptiste, 42 ans, cocher, entré à Sainte-Anne le 6 juin 1872. Pas d'antécédents héréditaires. Pas d'enfants. Depuis longtemps il fait des excès boissons (vins, eau-de-vie, absinthe).

Depuis plusieurs années il a éprouvé des vertiges. Tout à coup, un nuage lui passe devant les yeux, il est obligé de s'appuyer, pendant un instant, « il n'y est plus », dit-il ; il a failli, à plusieurs reprises, tomber du siège de sa voiture.

Puis aux vertiges ont succédé des attaques, il tombe tout à

coup, perd connaissance, se secoue, se mord la langue, laisse s'échapper quelquefois les urines et les matières fécales.

Un vertige a été observé à l'asile où il était entré pour un accès de délire alcoolique.

Observation VI (1).

A..., Louis, 32 ans. Première entrée : 31 octobre 1863. Délire alcoolique avec hallucinations.

Excès de vin, eau-de-vie.

Sorti le 29 novembre.

Deuxième entrée : avril 1864.

Sa marche est incertaine, il titube, chancelle ; il a de nombreux soubresauts ; il paraît halluciné ; crise épileptique. On apprend qu'il s'est adonné particulièrement à l'absinthe.

Troisième entrée. — Sorti pour la seconde fois il renonce à l'absinthe, mais il recommence à boire du vin et de l'eau-de-vie ; nouvel internement au cours duquel on observe un délire alcoolique sans accidents convulsifs. « C'est une véritable expérience » commente Magnan.

Observation VII (2)

L..., Pierre, 26 ans, sans antécédents héréditaires nerveux. Pas d'antécédents personnels.

1^{er} mars. — Tentative de suicide ; il entre à Sainte-Anne le lendemain halluciné, présentant du tremblement des mains, ne conservant aucun souvenir de sa tentative de suicide.

1. *Union Médicale*, 4 août 1864. MAGNAN.

2. *Loc. cit.*, page 32. MAGNAN.

3 mars. — Attaque épileptique observée à l'asile.

Sorti guéri.

Observation VIII (1)

G... ,E..., âgé de 26 ans, garçon épicier, arrive au bureau dans un état d'agitation extrême. Il a des hallucinations visuelles entièrement actives. Par tous ces symptômes il ressemble à un alcoolique mais tout à coup il pâlit, tombe, puis suit une description classique d'épilepsie.

Pas d'antécédents héréditaires.

Pas de convulsions dans l'enfance.

Avait fait des excès de vins, d'alcool et d'absinthe.

Ce malade sortit guéri.

Observation IX (2)

J..., Félix, 34 ans, comptable. Pas d'antécédents personnels ni héréditaires

A la suite de longs abus de boissons, il devient soupçonneux, irritable, puis il est pris de vertiges : subitement pendant une conversation ou un repos il s'arrêtait, posait sa plume, laissant retomber sa main sur la table. Revenant ensuite à lui, il ignorait ce qui venait de ce passer.

Ces vertiges se sont reproduits plusieurs fois en 1887-1888. En 1889 il a une attaque convulsive ; en 1890 il entre à Sainte-

1. *Des principaux signes cliniques de l'absinthisme* (recherches sur les centres nerveux, page 30). MAGNAN.

2. *Des principaux signes cliniques de l'absinthisme* (recherche sur les centres nerveux, page 34), MAGNAN.

Anne pour un délire alcoolique au cours duquel une crise convulsive est observée à l'asile.

Sorti guéri.

Observation X (1)

Georges G..., cordonnier, 33 ans, entré à l'Hôtel-Dieu de Clermont. Il est atteint d'épilepsie depuis deux ans. Depuis l'âge de 20 ans, il buvait chaque matin un demi-verre d'eau-de-vie et dans la journée du vin et des apéritifs. Depuis dix-huit mois il a des crises d'épilepsie qui se répétaient environ toutes les semaines, le malade continuant ses habitudes de boissons. Aujourd'hui que le malade est enterné, il n'a plus de crises.

1. Thèse de GUILLEMIN, 1877.

PATHOGÉNIE

Il est un fait certain, c'est que l'attaque d'épilepsie, survenant chez un buveur présentant un délire subaigu est de nature toxique comme le délire constaté, et qu'elle relève des excès de boissons. Cette notion est admise par tous. Mais les divergences et même les contradictions surviennent dès que l'on cherche à préciser la substance que l'on doit incriminer dans la genèse des accidents. Pour Magnan dont les longues recherches semblent particulièrement probantes, l'absinthe seule possède des propriétés épileptisantes. Des expériences de cet auteur, il résulte que l'essence d'absinthe agit plus spécialement sur la région bulbo-cervicale de la moelle. A faible dose, elle produit chez l'animal d'abord des secousses saccadées dans les muscles du cou et des mouvements rapides de flexion et d'extension de la tête, puis des états vertigineux. « L'animal s'arrête tout à coup, reste immobile, comme hébété, quelques secondes, et il reprend ses habitudes. » A haute dose, éclatent des crises d'épilepsie aux convulsions toniques, puis cloni-

ques, suivies de coma. Nous reproduisons ici une expérience de Magnan.

Expérience II (1)

Hallucinations et attaques épileptiques chez un chien sous l'influence de l'essence d'absinthe

Chez un chien du poids de 14 kilogrammes dans l'estomac duquel nous injectons 5 grammes d'essence d'absinthe à 9 heures du matin, nous voyons une première attaque d'épilepsie à 9 h. 3/4. Dix minutes après une seconde attaque se reproduit suivie d'une légère hébété. Revenu à lui, l'animal est caressant, répond à l'appel, puis tout à coup et sans aucune provocation, il se dresse sur ses pattes, le poil hérissé, aboie avec rage. Puis, peu à peu il se calme.

Chez l'homme, dit cet auteur, comme chez les animaux l'absinthe fait naître suivant l'état de saturation du sujet des vertiges ou des attaques convulsives. Puis il essaie de différencier l'action de l'absinthe de celle de l'alcool. « L'attaque d'épilepsie n'est point la plus haute expression des troubles de la motilité chez les alcooliques, ce n'est pas le degré le plus élevé de cette tremulation générale que l'on trouve dans le delirium tremens, c'est un accident d'un autre genre qui se surajoute aux phénomènes moteurs. »

Dans les observations cliniques empruntées à Magnan, nous voyons que cet auteur insiste sur les excès

1. *De l'alcoolisme*, page 28.

d'absinthe. Ainsi dans l'observation suivante empruntée à son livre *Recherches sur les centres nerveux*:

C..., Louis, menuisier, 43 ans. Depuis l'âge de 25 ans abus du vin. Une entrée pour délire subaigu; il boit de l'absinthe; seconde entrée où l'on constate une attaque d'épilepsie.

Laborde qui collabore à certaines expériences de Magnan partageait entièrement l'opinion de son maître.

Cadéac et Meunier ont essayé de déterminer la part qui revenait dans les funestes effets produits par la liqueur d'absinthe, à chacune des substances qui entrent dans sa composition. Il résulte de leurs recherches que c'est à l'action combinée des essences d'anis, de fenouil, de mélisse et d'hysope qu'il faut attribuer les accidents convulsifs dont l'ensemble est décrit sous le nom d'absinthisme (Académie de médecine).

D'un autre côté Legrand de Saulle, Joffroy, Lancereaux admettent que l'alcool, sous quelque forme qu'il soit ingéré (vin, apéritifs), est capable de créer des accès d'épilepsie.

On a exagéré, dit Legrand de Saulle, la valeur, l'importance et les caractères des chiens absinthisés; la clinique, la thérapeutique n'ont rien à gagner à ces jeux de la physiologie expérimentale. Dans les cas d'épilepsie véritable liée à l'alcoolisme, l'agent toxique aurait été trois fois le vin rouge, une fois le vin blanc, une fois l'absinthe, deux fois le vin, la bière, l'eau-de-vie, l'absinthe, le bitter et le vermouth réunis. Et Legrand de Saulle fait remarquer avec raison que l'absinthisé « dont on veut faire un type spécial, » boit en même temps que

l'absinthe du vin, du bitter, de l'eau-de-vie... etc. Il est donc bien difficile au point de vue clinique de faire la part de l'absinthe.

Au point de vue expérimental, Joffroy qui étudia avec Serveaux l'équivalent toxique des alcools et des essences aboutit aux mêmes conclusions.

On sait que ces auteurs cherchaient à déterminer le coefficient de toxicité des diverses substances alcoolisées en injectant dans les veines des animaux expérimentés des solutions appropriés jusqu'à ce que la mort survienne. Ils se servaient de l'appareil de Mariotte. Nous avons cru intéressant de reproduire quelques-uns des résultats obtenus par ces auteurs.

I. — ALCOOL ÉTHYLIQUE. — Sur 113 animaux à qui on fit des injections d'alcool éthylique :

- 1 seul a eu une attaque d'épilepsie ;
- 4 ont eu des convulsions généralisées ;
- 83 ont eu des convulsions partielles ;
- 25 n'ont présenté aucun phénomène convulsif.

Sur 32 chiens :

- 1 seul a eu une attaque épileptique ;
- Pas de convulsions généralisées ;
- 28 ont eu des convulsions partielles ;
- 9 n'ont présenté aucun phénomène convulsif.

II. — ABSINTHE. — Dix lapins ont reçu une injection d'essence d'absinthe :

- 1 seul eut une crise d'épilepsie ;
- 2 eurent des convulsions généralisées ;
- 4 eurent des convulsions partielles ;

3 ne présentèrent aucun phénomène convulsif.

III. — FURFUROL. — Sur 85 animaux expérimentés :

19 eurent une grande attaque d'épilepsie ;

18 eurent des convulsions généralisées ;

25 eurent des convulsions localisées ;

23 ne présentèrent aucun phénomène convulsif.

En face de résultats aussi dissemblables, le professeur de psychiatrie conclut qu'il faut invoquer chez les animaux une certaine prédisposition qui fait que certains animaux ont : les uns une aptitude convulsive excessive ; les autres l'ont moindre ou nulle. On observe, ajoute-t-il, chez l'homme ce que l'on voit chez les animaux ; il lui faut pour faire de l'épilepsie « une aptitude convulsive transmise par l'hérédité ».

Ce principe admis, toutes les boissons alcooliques, sans exception, peuvent créer l'épilepsie et l'absinthe n'en a pas le privilège. De même Legrand du Saulle, Lancereaux, tous ont incriminé l'alcoolisme.

En résumé, il semble résulter d'après les expériences de Magnan et celles de Joffroy que l'essence d'absinthe peut produire des crises convulsives chez les animaux. Mais la preuve n'en est pas faite chez l'homme où il est impossible de juger le rôle de cette substance parce qu'elle n'est pas prise à l'état d'isolement.

L'alcoolique que l'on reçoit dans les asiles boit du vin, du rhum, du marc, de l'absinthe, des apéritifs, des liqueurs, etc. Vienne une attaque épileptique, comment d'après les phénomènes constatés, reconnaître la liqueur toxique cause des accidents ? Pour notre part, nous nous

en abstiendrons ; nous n'avons pas rencontré d'absinthique pur et nous pensons que l'absinthe n'a pas le privilège de créer l'épilepsie mais qu'elle y contribue pour une grande part dans l'alcoolisme qui en est la véritable cause.

Nous laissons de côté l'opinion de ces auteurs qui considèrent les hallucinations pénibles et terrifiantes des alcooliques comme le point de départ de leur crise.

VERTIGES. — De même que l'épilepsie idiopathique l'épilepsie alcoolique peut donner lieu à des vertiges. Ils précèdent généralement les crises convulsives. Ils ne différencient en rien des vertiges observés dans le cours du mal comitial. Magnan et Legrand du Saulle en rapportent quelques observations. N'ayant pas eu l'occasion de noter des accidents vertigineux chez les alcooliques que nous avons observés à l'asile de Lesvellec, nous reproduisons une observation de Legrand du Saulle.

Observation XI (1)

En 1873, j'ai été consulté par un homme de 62 ans, passant pour être très sobre et qui plusieurs fois avait éprouvé dans la rue ou chez lui des défaillances syncopales absolument inexplicables. On avait cru à des menaces graves du côté du cerveau et l'on avait institué une médication anti-apoplectique et un régime diététique approprié. La famille était effrayée.

En examinant ce malade, je notai des anesthésies partielles, des troubles visuels, des rêvasseries lugubres, de l'insomnie et de vagues anxiétés mélancoliques. Mais la difficulté consistait,

1. LEGRAND DU SAULLE. *L'épileptique.*

en raison de quelques circonstances absolument exceptionnelles, dans l'aveu du diagnostic : épilepsie vertigineuse alcoolique . Sur ma demande, le médecin de la famille sollicite des confidences... Le fait d'excès alcooliques sans ivresse au domicile d'une ancienne maîtresse fut avéré.

Le malade mit fin à ses habitudes et guérit sans traitement.

On ne soupçonne leur nature que si l'on arrive à dépister l'intoxication. Un écueil à éviter sera de distinguer le vertige de l'étourdissement si fréquent chez les alcooliques.

Dans le vertige, le malade pâlit, perd connaissance et reprend son travail ou sa conversation sans se douter de ce qui vient de lui arriver. Il ne s'est aperçu de rien et ne se souvient de rien.

Dans l'étourdissement il n'y a pas de pâleur ; le malade sent « sa tête lui tourner », il a conscience de son malaise et en cause dès qu'il est revenu à lui ou plutôt dès qu'il se sent mieux.

TRAITEMENT

Au moment de la crise, le malade sera couché sur un ou deux matelas placés l'un à côté de l'autre. On veillera à éviter les blessures qu'il pourrait se faire pendant les convulsions. Nous avons insisté sur leur violence. Ce caractère impose donc la nécessité d'une surveillance active pour éviter un accident de se produire. Le malade tombe très facilement de son lit dans ses convulsions, dans son délire il peut se frapper la tête contre les murs. Il se mord fréquemment la langue, aussi une compresse ou un linge sera-t-il nécessaire pour empêcher une morsure qui pourrait être grave par l'hémorragie qu'elle créerait.

La crise terminée restera le délire alcoolique sur laquelle elle chevauche et que l'on traitera par l'internement ou l'isolement et la suppression des boissons alcooliques sera le meilleur traitement. En même temps, suivant l'état du malade on fera l'emploi des toniques cardiaques (digitale, caféine, spartéine) ou des sédatifs à dose légère (bromure et chloral).

Le malade amélioré devra rester quelques mois à l'asile afin de perdre entièrement ses habitudes d'intempérance et ce ne sera que tout à fait désintoxiqué il pourra sortir. Auparavant le médecin pourra lui faire un traitement moral en insistant sur la possibilité des retours prochains à l'asile et finalement un séjour définitif si le malade reprend ses anciennes habitudes.

B. — ALCOOLISME CHRONIQUE

L'alcool à la longue peut amener des convulsions, mais celle-ci ne se montrent plus sous forme d'attaque franche d'épilepsie. « Ce ne sont plus des attaques aiguës développées sous l'influence spéciale d'un poison, ce sont des attaques épileptiformes analogues à celles que présentent les paralytiques généraux et les malades atteints de tumeurs cérébrales. » (Magnan.)

Elles surviennent chez des malades qui depuis longtemps présentent les signes de l'alcoolisme chronique si magistralement décrits par Legrand du Saulle et que nous résumons ici en quelque mots : cauchemars, rêves professionnels, réveils en sursaut, crampes nocturnes, fourmillements, hyperesthésie musculaire, tremblements, gastrite, pituites matinales, subictère, troubles de la vision, idées vagues de persécution, amnésie, affaiblissement intellectuel.

Ces crises n'ont rien de fixe dans leur apparition, elles ne sont pas précédées d'aura, quelquefois cependant ; elles sont annoncées par une sorte de pesanteur de la tête,

de la céphalée ou un malaise général. Les convulsions qui les caractérisent ne sont pas générales ; elles sont limitées à un côté du corps, ou à la face, ou à un des membres. Elles peuvent prédominer dans un groupe musculaire. Elles consistent tantôt en mouvements cloniques d'un membre, ou encore en mouvements involontaires ou rapides de déglutition. Par ces caractères, par leur tendance à se limiter, elles se rapprochent des mouvements choréiformes des paralytiques généraux ou des malades atteints de tumeur cérébrale.

Autre caractère cependant : le malade reste plus ou moins conscient de ce qui se passe autour de lui et ne perd pas connaissance. Enfin des phénomènes graves les accompagnent. Le malade est faible, il garde le lit, sa face est congestionnée et sa température monte à 38° 5 ou 39°.

Rarement la guérison s'observe dans ces cas : le malade est emporté en quelques jours comme le montrent les deux observations suivantes empruntées à Magnan.

Observation XII (1)

A..., François, 47 ans, tanneur.

Habitudes anciennes d'ivrognerie, affaiblissement intellectuel, céphalalgie, étourdissements, crampes hallucinatoires.

Deux attaques épileptiformes. Tendance marquée à la démence. Mort rapide.

1. MAGNAN. *De l'alcoolisme chronique.*

Observation XIII (1)

B..., Baptiste, marchand de vins, 42 ans.

Habitudes d'ivrognerie. Entré à Saint-Anne en 1861. Délire alcoolique.

Deuxième entrée en 1871. Délire alcoolique et affaiblissement intellectuel. Attaques épileptiformes. Mort rapide.

Observation XIV (personnelle)

Lucie C..., 49 ans, journalière, entrée à l'asile de Lesvellec pour alcoolisme chronique avec idées de persécution, hallucinations, agitation par intervalle.

A l'asile, cette malade s'agite la nuit. Elle veut se lever parce qu'elle a peur.

Le jour elle tortille ses draps, se découvre et veut enlever sa chemise.

Elle est incapable de dire en quelle année, quelle saison on se trouve. Ne sait ni le mois ni le quantième.

Elle ignore où elle est et depuis quand elle est à l'asile. A oublié même son âge.

Six jours après son entrée à l'asile, elle présente des convulsions choréiformes dans le bras gauche en même temps que la face se grimace. Ces convulsions se répètent pendant vingt-quatre heures, puis elles se généralisent ; au moment où elles se produisent la malade a des secousses sur tout le corps, mais ces

1. MAGNAN, *loc. cit.*

phénomènes convulsifs prédominent nettement dans le côté droit.

La mort est survenue quarante-huit heures environ après le début des convulsions.

L'autopsie n'a révélé qu'une congestion totale du cerveau et aussi une congestion de la base des poumons.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

De même les auteurs ne signalent comme lésion caractéristique de la pachy-méningite hémorragique avec extravasations sanguines en trainées ou en petits foyers disséminés dans le cerveau. Au microscope on a constaté la dégénérescence granulo-graisseuse des cellules nerveuses.

Le diagnostic de ces crises doit être fait avec toutes les épilepsies organiques plutôt qu'avec l'épilepsie idiopathique. L'examen des diverses hypothèses qui peuvent se présenter à l'esprit sortent de notre sujet.

Leur pathogénie n'est plus la même que pour l'épilepsie alcoolique ; celle-ci était aiguë, celles-là sont organiques et directement en rapport avec les lésions développées par les nombreux abus de boissons.

Le pronostic est également différent. Nous avons vu la bénignité des accidents épileptiques de l'alcoolique subaigu ; lorsque les crises ne se répètent pas malgré la violence des convulsions, le malade s'améliore rapidement. Ici, au contraire, le malade affaibli intellectuel-

lement, fatigué physiquement, succombe rapidement. La température, d'une part, et la forme des accès épileptiformes, leur rapprochement sont les éléments de ce pronostic fatal.

La thérapeutique est malheureusement impuissante contre les accidents de l'alcoolisme chronique. Mais le médecin ne les abandonnera pas ; il essaiera de lutter contre la congestion encéphalique par les dérivatifs intestinaux et un régime sévère.

MÉDECINE LÉGALE

L'alcoolique qui a des vertiges ou des crises peut se rendre coupable des mêmes actes anormaux, des mêmes impulsions criminelles que l'on rencontre chez l'épileptique idiopathique : vagabondage, outrages aux agents, rébellion, violences, crix séditieux, vols, coups, blessures, scandales, attentats à la pudeur, impulsions au suicide, au meurtre, à l'incendie... etc. Tous ces faits peuvent être reproduits avec les mêmes caractères.

Legrand du Saulle en rapporte de nombreux exemples dont nous reproduisons les plus typiques.

Observation XV (1)

Cr... Hippolyte, cordonnier, concierge, 44 ans, caractère emporté, irritable. Père et mère encore vivants et bien portants.

Il boit du vin rouge et envoie sa fille plusieurs fois dans la journée lui en acheter.

En avril 1872, on remarque qu'il commence à boire davantage

1. LEGRAND DU SAULLE.

et on lui en fait la remarque. Il répond qu'il travaille et qu'il faut qu'il se soutienne.

En juillet acte de brutalité contre un locataire. L'affaire n'a pas de suite.

En septembre, il s'exalte, perd son sommeil, a des vertiges et boit davantage parce qu'il est persuadé que ses éblouissements sont dus à la faiblesse.

Dans l'espace de quelques mois, ses vertiges se rapprochent. Un matin, il a une crise épileptique ; à peine a-t-il repris connaissance qu'il se jette sur sa femme et la frappe à outrance.

Il a une attaque convulsive au poste et une autre à son arrivée.

Legrand du Saulle conclut qu'il a agi pendant un accès d'épilepsie. Les poursuites sont abandonnées. Le malade est envoyé à Sainte-Anne puis à Bicêtre. Il n'en eut pas de nouvelles et sortit guéri.

Observation XVI (1).

J... Jules, 35 ans, ex-gardien de la paix.

Habitudes alcooliques. Il rentre à son domicile aux Batignoles à 9 heures du soir, quand, tout à coup, sans provocation aucune, sans motif, il se jette sur un individu, marchant parallèlement à lui et le frappe à outrance. Le lendemain, il déclare ne point se souvenir du fait qui lui est imputé.

Une autre fois, il entre chez un concierge qu'il ne connaissait pas et lance la soupière qui était sur la table.

Une troisième fois, il cherche à se pendre.

En l'interrogeant on apprend qu'il a des vertiges.

1. LEGRAND DU SAULLE.

Observation XVII (1).

Ouvrier ciseleur. Alcoolique.

Casse une bouteille sur la tête d'une jeune fille qu'il ne connaissait pas. Il ne se souvient pas de cet acte.

Sort guéri de Bicêtre après un séjour de trois mois.

Peu après, ayant repris ses habitudes alcooliques, il frappe une femme rencontrée dans la rue.

Legrand du Saulle et Magnan insistent sur la fréquence du suicide chez les épileptiques alcooliques. Legrand de Saulle, en particulier, en rapporte une observation que nous reproduisons.

Observation XVIII (2).

Après une orgie une fille publique a une crise d'épilepsie alcoolique, revient à elle, se sauve dans la rue, arrive sur le quai et se précipite dans la Seine d'où on la sauve immédiatement.

Interrogée le lendemain, je constate une parfaite lucidité et une mémoire très fidèle jusqu'au moment de l'accès convulsif puis elle ne sait plus rien.

Les tentatives, dit cet auteur, si elles sont fréquentes ne réussissent pas dans la proportion des deux tiers à amener la mort.

1. LEGRAND DU SAULLE.

2. LEGRAND DU SAULLE.

Beaucoup d'entre elles ne produisent même que d'insignifiantes blessures.

Comme tous les actes des épileptiques, ceux de l'épilepsie alcoolique sont violents, automatiques, instantanés, non motivés. Legrand du Saulle insiste particulièrement sur l'instantanéité et la souveraineté impulsive de l'acte de l'épileptique alcoolique. Il semble qu'il soit mû par un ressort, par quelque chose comme un appareil mécanique. Legrand du Saulle signale également comme très fréquent le sommeil immédiat par terre auprès de la victime, ce qui est bien le fait de l'intoxication par l'alcool. Le cas classique est celui d'Alphonse Laurence, le collégien de Pontoise, qui avait bu de l'eau-de-vie et était ivre lorsqu'il a étouffé la jeune domestique Julie et découvert son cadavre afin de voir comment étaient faits, les organes génitaux. Il s'est affaissé ensuite par terre et a dormi six heures à côté de sa victime (Legrand du Saulle). Enfin, dit cet auteur, j'ai remarqué et souvent noté que lorsque l'alcoolique épileptique commettait un meurtre, il tentait aussitôt de se suicider.

Le médecin expert peut être appelé à faire un rapport sur l'acte commis par un alcoolique épileptique et dont la justice lui demande compte.

Son rôle consistera à relater les circonstances dans lesquelles le délit a été commis, en notant tous les caractères d'instantanéité, d'inutilité de l'acte. Il recherchera s'il y a eu ou non les crises épileptiques. Pendant ses examens il peut être témoin d'une crise, il devra s'assurer qu'il n'est pas devant un simulateur en étudiant les caractères classiques de la crise épileptique. Il sera

bon de noter les antécédents, les traces de morsures de la langue, les cicatrices du crâne. Il conclura en rendant compte de l'examen clinique qu'il a été chargé de faire, car c'est en qualité de médecin qu'on l'appelle et médecin il doit rester.

Le médecin est appelé à donner son avis sur des faits d'ordre exclusivement médical et non sur la question de responsabilité ; en un mot il doit s'en tenir au texte de l'article 64 du Code pénal qui est ainsi conçu :

« Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. »
Gilbert Ballet, *XVII^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes* (Genève, 1907).

Mais l'alcoolique épileptique qui a commis un acte répréhensible est d'abord incarcéré, puis interrogé par un juge d'instruction qui commet ou non un expert. Quand celui-ci arrive, le prévenu a pu s'améliorer à un point tel qu'il ne constatera plus aucun désordre mental. Il ne trouvera pas plus de tares héréditaires ou acquises, son examen sera négatif. Aussi serait-il désirable que l'expertise eût lieu à un moment très rapproché du jour où le prévenu a commis son délit.

CONCLUSION

1° On rencontre rarement au cours de l'alcoolisme aigu, plus fréquemment à l'occasion d'un accès de délire subaigu et chez des sujets indemnes de toute prédisposition héréditaire des accidents convulsifs.

2° Ces accidents peuvent ne différer en rien de l'épilepsie idiopathique. Cependant nous avons noté une violence particulière dans des convulsions.

3° Ils surviennent à toute période de l'alcoolisme subaigu. L'épilepsie est d'emblée convulsive ou quelquefois elle est précédée de vertiges. Ces vertiges s'accompagnent toujours de perte de connaissance, et sont suivis d'amnésie, ce qui les différencie des étourdissements fréquents des alcooliques.

4° La violence des crises, l'aspect du malade qui conserve un facies congestionné peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Ce fait que la crise épileptique n'est sou-

vent qu'un phénomène au cours d'un accès de délire alcoolique subaigu avec hallucinations, illusions, désorientation (délire de rêve de Lasègue, délire onirique de Régis) pourra également en faire soupçonner la nature. Mais le véritable élément du diagnostic est l'abstinence.

Chez l'alcoolique épileptique elle supprime le retour des accidents convulsifs — nous avons vu, au contraire, que chez l'épileptique qui voyait éclater sa première crise à l'occasion d'excès de boissons la névrose continuait à évoluer malgré la suppression des habitudes alcooliques.

5° On s'accorde pour considérer ces accidents comme toxiques ; mais Magnan et Laborde admettent que l'essence d'absinthe seule les provoque. Legrand du Saulle, Lancereaux professent que l'alcool, sous quelle forme qu'il soit, peut les engendrer. Le professeur Joffroy admet, pour qu'ils se produisent, une aptitude convulsive spéciale à l'organisme.

6° Le traitement immédiat consiste à surveiller pour qu'il ne se blesse pas au cours de ses crises et qu'il ne mette pas à exécution ses idées délirantes (meurtre, suicide... etc.).

Le traitement préventif est l'abstinence rigoureuse de toute liqueur alcoolique.

7° Les convulsions épileptoïdes observées au cours de l'alcoolisme chronique relèvent des lésions engendrées

par l'intoxication lente. Elles sont limitées et localisées à un côté du corps ou à un groupe musculaire.

8° Au point de vue médico-légal, l'alcoolique épileptique peut avoir à rendre compte à la justice des mêmes délits avec les mêmes impulsions que l'on voit chez l'épileptique idiopathique. Il tombe comme ce dernier sous l'article 64 du Code.

Vu : le Président de la thèse.

RAYMOND

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

le Vice-recteur de l'Académie,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ANTHEAUME. — Thèse Paris, 1897.
- BOUCHARD. — Pathologie générale.
- CADÉAC ET MEUNIER. — Rapport à l'Académie de médecine (10 septembre 1889).
- DROUET. — Recherches sur l'épilepsie alcoolique. *Annales médico-psychologiques* (1875).
- DAGOULT. — De l'alcoolisme au point de vue mental.
- DELASIAUVE. — Traité de l'épilepsie.
- DECHAMBRE. — Dictionnaire.
- ESQUIROL. — Traité des maladies mentales.
- GILBERT-BALLET. — Traité de médecine mentale.
- GUILLEMIN. — Thèse Paris (1877).
- FERÉ. — L'épilepsie et les épileptiques.
- JOFFROY. — De l'épilepsie et des convulsions dans l'expérimentation animale. *Société de neurologie*, 1^{er} février 1900.
- De l'aptitude convulsive.
 - Des rapports de l'absinthisme et de l'alcoolisme avec l'épilepsie (*Gazette hebdomadaire*, février 1900).
- JOFFROY ET SEVEREANU. — Mensuration de la toxicité vraie de l'alcool éthylique.
- Recherches de médecine expérimentale (4 juillet 1897).

LANCEREAUX. — Alcoolisme (in Brouardel).

LEGRAIN. — Étude sur les poisons de l'intelligence, (*Annales médico-pathologiques*, 1891).

LEGRAND DU SAULLE. — Les épileptiques.

LUYS. — Traité des maladies mentales.

MAGNAN. — De l'alcoolisme.

- Recherches sur les centres nerveux.
- Leçons cliniques sur les maladies mentales.
- Étude expérimentale et clinique sur l'alcoolisme. Alcool et absinthe.
- Épilepsie alcoolique, (*Recueil de médecine vétérinaire* 1877).
- Alcoolisme aigu. Épilepsie causée par l'absinthe.
- Alcoolisme chronique. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1869-1871).

MATHIEU, TRIBOULET-MIGNOT. — Traité de l'alcoolisme.

RÉGIS. — Précis de médecine mentale.

VOISIN. — Leçons professées à la Salpêtrière.

292

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

